



GESTÃO DE ENFERMAGEM: ÁREAS PRIORITÁRIAS NA SEGURANÇA DE PROFISSIONAIS E CLIENTES

Nursing management:
priority areas regarding safety
of professionals and clients

TÂNIA CORREIA

Enfermeira Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria, Doutoranda em Ciências de Enfermagem, Mestre em Direção e Chefia dos Serviços de Enfermagem. Pedopsiquiatria do Centro Hospitalar do Baixo Vouga E.P.E., CINTESIS - Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde. Portugal.

✉ tsp.correia@gmail.com

MARIA MANUELA MARTINS

Professora Coordenadora, Doutora em Ciências de Enfermagem. ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto, CINTESIS - Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde. Portugal.

ELAINE FORTE

Professora Doutora, Doutorada em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC. Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Brasil.

Abstract

Background: Due to the disturbing data that have been published, health security has gained special notoriety. The involvement of manager nurses is a fundamental condition to ensure high hospital safety standards. These are responsible for promoting a safety culture in teams and for promoting safe environments.

Objective: To know what areas manager nurses consider as priority in the safety of clients and nurses in a hospital service.

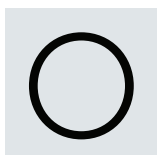
Methodology: A phenomenological qualitative study carried out through a semi-structured interview to 14 manager nurses of a hospital in the central region of Portugal, chosen by convenience. Content analysis was carried out using Atlas.ti software and Bardin methodology.

Results and Discussion: We identified 11 priority areas in client safety that reflect concern about adverse events with higher incidence rates and their causes described as more significant. The 12 priority areas in occupational safety are in line with the known occupational hazards and the most frequent workplace accidents. There are 5 categories that show a relationship between nurses' and clients' safety.

Conclusion: For those interviewed, customer and professional safety are equally important and interrelated. It is understood that health security is complex and multidimensional and does not only imply client safety, this may be dependent on the safety of the nurse and vice versa. They also demonstrated knowledge of the main safety problems described in the literature.

KEYWORDS: NURSING CARE, PATIENT SAFETY, SAFETY MANAGEMENT, OCCUPATIONAL RISKS.

INTRODUÇÃO



Institute Of Medicine (IOM) publicou em 2000 o relatório "To err is human: building a safer health care system" que revelou um elevado número de mortes resultantes de erros clínicos considerados evitáveis, bem como o facto de existirem problemas evidentes nos sistemas que têm como objetivo evitar esses mesmos erros ⁽¹⁾.

Gestores, profissionais de saúde, formuladores de políticas e utilizadores dos serviços de saúde têm vindo a prestar mais atenção à melhoria da qualidade e segurança dos cuidados de saúde ⁽²⁾.

Coerentemente, apesar dos esforços atuais para melhorar os níveis de segurança, atualmente um em cada dez clientes é alvo de erros em saúde, dos quais 50% são considerados evitáveis ⁽²⁻⁶⁾. Estes erros resultam em prejuízos de bilhões de euros para os sistemas de saúde em todo o mundo e representam cerca de 15% dos gastos e atividade hospitalar ⁽⁷⁾.

Sobre a relação entre a gestão de enfermagem e os resultados de segurança para o cliente, a evidência é ainda recente e limitada ⁽⁸⁾. Assim, apesar da evidência de uma relação positiva entre o desempenho dos enfermeiros gestores e melhores resultados para o cliente, este é visto como a satisfação, diminuição de eventos adversos e complicações para o cliente ⁽⁸⁾.

A investigação sobre esta temática tem vindo a focar-se mais nos comportamentos de liderança dos enfermeiros em relação à satisfação do trabalho e outros resultados organizacionais demonstram que o desempenho da gestão de enfermagem influencia a motivação e o desempenho dos enfermeiros ⁽⁹⁾. Evidências também que as atividades desenhadas neste âmbito são maioritariamente orientadas para

tarefas e gestão de relações e não tanto para mudanças ⁽⁹⁾. Alguns sistemas de gestão de risco demonstram ainda que, os enfermeiros apresentam limitações na gestão do risco devido à limitação de recursos e à complexidade do trabalho em saúde ⁽¹⁰⁾.

Em questões de segurança, as indústrias de alto risco levam um grau de avaliação e o papel dos gestores já foi reconhecido como fundamental ⁽¹¹⁾. Foi também já demonstrado que o desempenho da gestão está muito relacionado com o comprometimento da organização com a segurança, comportamentos de segurança dos funcionários e a ocorrência de acidentes de trabalho ⁽¹¹⁾.

A segurança do trabalhador e a qualidade no âmbito da Saúde Ocupacional (SO) que tem como objetivos a prevenção de riscos profissionais, proteção e promoção da saúde do trabalhador, garantindo ambientes de trabalho saudáveis que previnam ou diminuam a exposição a fatores de risco ^(12,13).

De notar que a prática de enfermagem implica um conjunto de riscos acrescidos que se devem à essência da sua atividade e ao ambiente em que se desenvolve, estes riscos não podem ser ignorados pelos gestores na tomada de decisão ⁽¹³⁾.

Este tema ganha elevada importância no âmbito da segurança hospitalar dado que não podem ser prestados cuidados de saúde seguros se os profissionais de saúde não estão também eles em segurança ⁽¹³⁾.

No sentido de garantir a segurança em saúde é fundamental que os gestores de enfermagem identifiquem focos de interesse para implementar estratégias de gestão de risco. Além disso importa considerar que a segurança dos cuidados de saúde é abrangente e complexa e envolve o segurança do cliente e profissionais.

Apesar de já existirem estudos sobre segurança do cliente e sobre a segurança do trabalho, as duas áreas justificam-se como uma área de gestão não surge ainda com evidência.

OBJETIVO

Este estudo pretende conhecer que áreas os enfermeiros gestores consideram prioritárias para a segurança de clientes e profissionais dos serviços pelos quais são responsáveis.

MÉTODOS

Desenvolveu-se um estudo qualitativo fenomenológico, cujos participantes são enfermeiros gestores de um hospital da região centro de Portugal, cujo método de amostragem é o de conveniência por serem os mais acessíveis ⁽¹⁴⁾. Os critérios de inclusão são: experiência mínima de seis meses em gestão de um serviço hospitalar e estar a exercer em exercício de funções no momento da entrevista. A amostra é constituída por 14 enfermeiros gestores, dos quais, 11 mulheres e 3 homens, com médias de idade de 55,7 anos e tempo de experiência em gestão de 16,7 anos. Todos os enfermeiros especialistas, 8 mestres, 1 mestra, 1 doutoranda e doze com algum tipo de formação na área da gestão. Na recolha de dados utilizou-se a entrevista semiestruturada individual. Estas ocorreram entre fevereiro e maio de 2015 no local de trabalho dos participantes.

Para a análise de conteúdo baseámos-nos na metodologia de Bardi ⁽¹⁵⁾ que envolve três fases: a pré-análise, a exploração do material, o tratamento dos resultados obtidos e interpretação ⁽¹⁵⁾. Como instrumento de recurso para a codificação e categorização das entrevistas utilizou-se o *software* Atlas.ti®, o que coadjuvamos na análise dos resultados.

No respeito pelos princípios éticos e legais, para a realização da investigação, procedeu-se a um pedido de autorização ao Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar em estudo e à respetiva Comissão de Ética. A última resposta deu a forma, do que apenas se produziu a solicitação pelo Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar que é responsável por autorizar estes pedidos. Foi autorizada a realização do estudo pelo mesmo. Todos os procedimentos realizados com os participantes respeitaram o anonimato, a confidencialidade e o consentimento informado.

RESULTADOS

Sobre as áreas prioritárias para a segurança dos clientes os enfermeiros gestores alargaram-se ao discurso e foram identificadas onze áreas prioritárias que se traduzem nas seguintes categorias: Comunicação, Cirurgia segura, Segurança do medicamento, Identificação do cliente, Quedas, Úlceras de pressão, Risco de infeção, Dotações seguras, Boas práticas, Controlo de visitas e Estrutura (Figura 1).

Faça às áreas que consideram prioritárias a segurança do cliente foi possível identificar 12 categorias: Acidentes de Serviço, Riscos Biológicos, Ergonomia, Violência, Quedas, Burnout, Pausas Laborais, Satisfação, Comunicação, Controlo de visitas, Dotações Seguras e Estrutura (Figura 2).

DISCUSSÃO

Áreas Prioritárias para a Segurança do Cliente

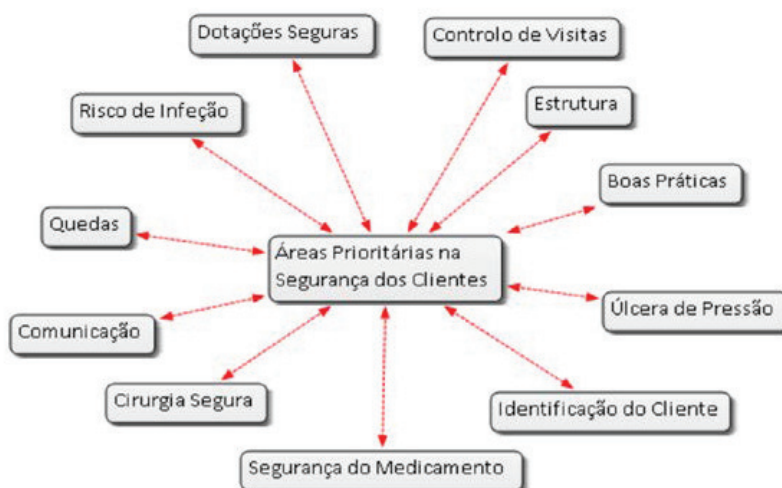
A falha na Comunicação tem vindo a ser apontada como uma das principais causas dos eventos notificados⁽¹⁶⁾. Esta área prioritária, a comunicação foi identificada por três enfermeiros gestores que referiram ser essencial ao compromisso da segurança

quando esta não é eficaz: "(...) não só a comunicação entre profissionais, a comunicação de informação clínica, (...) a comunicação entre o profissional e o cliente e entre profissional e cuidador, é ver a forma como o doente é tratado e o cuidado, e o procedimento e a apreensão de informação anterioriza a sua responsabilidade no seu tratamento quer qual do está a interagir quer qual do vai para casa porque depende muito do sucesso da comunicação a orientação do cliente para evitar a recaída ou para terminar o seu tratamento em sucesso." (E10). Esta está mencionada no Plano Nacional para a Segurança do Doente (PNSD) 2015-2020 como um dos seus objetivos estratégicos: o aumento da segurança da comunicação, desta forma, faz sentido que figure no leque de áreas prioritárias de intervenção dos enfermeiros gestores⁽¹⁷⁾.

Dois enfermeiros gestores identificaram a cirurgia segura como área prioritária referindo especificamente a iniciativa: "cirurgias seguras salvam vidas implementada de uma checklist um protocolo implementado pela Direção Geral de Saúde em que o cliente não segue

FIGURA 1

ÁREAS PRIORITÁRIAS NA SEGURANÇA DOS CLIENTES (FONTE: ATLAS.TI)



para o bloco se não estiver a lista preenchida devidamente. (...) Com isto temos evitado o cancelamento de cirurgias porque identificamos e atuamos atempadamente" (E5). Esta área prioritária respeita o PNSD 2015-2020 que contempla como objetivo estratégico de aumentar a segurança cirúrgica (17). Além disso, está em consonância com o manual "Orientações da OMS para a cirurgia segura 2009" é de aplicação obrigatória em todos os blocos operatórios do Serviço Nacional de Saúde⁽¹⁸⁾. Também a categoria da segurança do medicamento, contemplada no PNSD 2015-2020 (17), foi recolhida como área prioritária por treze dos catorze enfermeiros gestores entrevistados e foi possível perceber que há um compromisso da evidência atual sobre os erros medicamentosos: "(...) está relatado (...) que há erros, nós temos vários fatores intervenientes no erro aqui, (...), a visita que está a decorrer, não temos uma sala própria para preparar a medicação, as pessoas não respeitam (...), nós temos os telemóveis com o som a tocar, (...), somos interrompidos pelos nossos colegas, pelos assistentes operacionais, pelos médicos (...)

mais aquele que é i. ere. te a mim, que eu sou uma pessoa que posso errar(...)" (E11).

A falha na identificação dos clientes, de acordo com OMS co. tribui em larga escala para erros de medição, erros de tra. sfusão, erros em exames, procedime. tos em pessoas erradas, e. trega de bebês a famílias aos quais . ão perte. cem ⁽¹⁹⁾. A Ide. - tificação do cliente foi referida por quatro e. fermeiros gestores como prioritária, embora em discursos breves, demo. stram que estão impleme. tadas medidas de avaliação: "Nós temos algumas auditorias ao serviço, nomeadamente a identificação dos clie. tes com a pulseira" (E9). Esta categoria mais uma vez respeita as i. dicações do PNSD 2015-2020 . o objetivo estratégico de assegurar a identificação inequívoca dos clie. tes ⁽¹⁷⁾.

As Quedas em i. ter. ame. to ocorrem cerca de 4,8 a 8,4 por 1000 clie. - tes (19). Também abra. gida . o PNSD 2015-2020 (17), a preve. ção da ocorrê. cia de quedas também foi referida, desta vez por, seis e. fermeiros gestores que e. umeraram a queda

como foco de i. terve. ção prioritário, referi. do mesmo a importâ. cia do registo e acompa. hame. to de resultado de auditorias: "(...) está implementada no serviço (...) a vigi- lância das quedas (...) que já estão no nosso padrão de documentação (...) e temos os resultados das auditorias (...) "(E11).

A Úlcera de Pressão e. qua. to eleme. to de ate. ção foi referida por quatro dos e. trevistados: "Temos as úlceras de pressão que é uma prio- ridade que eu dou muito valor . o- meadamente aqui no Serviço (...) " (E10). A taxa de i. cidê. cia de Úlce- ras de pressão é de 10% a 14% e mais uma vez está co. templada . o PNSD 2015-2020 . o objetivo estratégico de preve. ção da ocorrê. cia de úlceras de pressão ^(17,19).

O risco de i. feção, também abra. - gido pelo PNSD 2015-2020 (17) . o objetivo estratégico: preve. ir e co. - trolar as i. feções e as resistê. cias aos a. timicrobia. os, evide. ciou-se uma preocupação . os discursos de três participa. tes que, . o e. ta. to, i. cidiram mais em situações de contexto de infeções identificadas

e . ão ta. to com i. tuito preve. tivo: "qua. do percebemos que há um clie. te i. fetado te. tamos colocá-lo em (...) isolamento possível, mas às vezes as co. dições físicas . ão permitem (...) Em relação ao pessoal te. tamos sempre utilizar os equipa- mentos de proteção individual, (...) " (E9). Esta área prioritária justifica-se pela elevada taxa de i. cidê. cia das i. feções associadas aos cuidados de saúde que varia e. tre 5% a 10% ⁽¹⁹⁾. As dotações seguras represe. tam também uma preocupação de três e. fermeiros gestores . o que se refe- re à segura. ça dos clie. tes: "Mesmo até em termos de recursos huma- . os, está bem que estamos a traba- lhar as dotações da DGS, (...), mas eu pe. so que se co. seguissemos tirar mais partido i. formaticame. te dos registos de e. fermagem se calhar também . os ia ajudar . as dotações seguras." (E9).

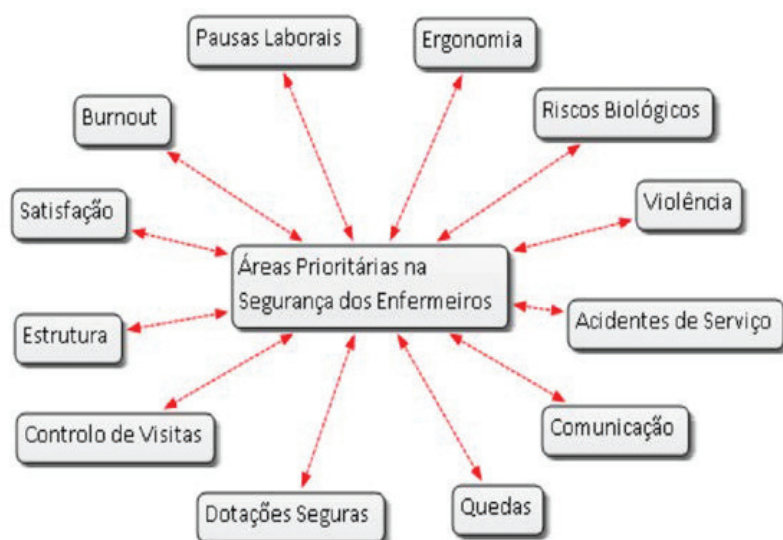
Um e. fermeiro gestor e. umerou boas práticas como uma preocupa- ção: "Boas práticas sempre me preo- cuparam" (E2). Estas são definidas como práticas, clínicas, científicas e/ou profissionais baseadas na evi- dê. cia e reco. hecidas pela maioria dos profissionais de uma área espe- cífica ⁽²⁰⁾.

Também ape. as um e. fermeiro gestore referiu o co. trolo de visitas como foco prioritário de ate. ção para a segurança dos clientes: "(...) qualquer pessoa e. tra. o hospital a qualquer hora, (...) " (E7) referi. do mesmo que "(...) por vezes compli- cam a prestação de cuidados e de- pois a . ível de segura. ça é compli- cado." (E7). Neste âmbito, a Lei . . ° 15/2014, que co. solida a legislação em matéria de direitos e deveres do clie. te dos serviços de saúde, refere o direito de acompa. hame. to . os serviços de urgê. cia do Serviço Nacio. al de Saúde ⁽²¹⁾. No e. ta. to . ada refere acerca de horários de visita ou como é feito esse co. trolo e por quem.

Por fim, cinco enfermeiros gestores e. u. ciaram a estrutura como tema prioritário para a segura. ça do

FIGURA 2

ÁREAS PRIORITÁRIAS NA SEGURANÇA DOS CLIENTES (FONTE: ATLAS.TI)



clie. te e foram u. â. imes ao co. si-
derarem que *"Basicame. te, temos
uma estrutura física a. tiga, apesar
de terem sido restructurados quartos
de ba. ho e quartos, temos espaço re-
duzido, precisávamos de mais quar-
tos e mais quartos de ba. ho."* (E14).
As i. stalações físicas estão i. cluí-
das . o eleme. to estrutura i. cluído
. o modelo de avaliação da qualidade
de Do. abedia. ⁽²²⁾.

As áreas prioritárias identificadas
pelos enfermeiros gestores refletem
preocupação com eve. tos adversos
com maiores taxas de i. cidê. cia e
com as causas descritas como mais
significativas para a ocorrência
de eve. tos adversos. Além disso,
as áreas prioritárias identificadas
i. cluíram sete dos . ove objetivos
estratégicos do PNSD 2015-2020, dei-
xa. do de fora a cultura de segura. ça
do ambie. te i. ter. o bem como a
prática sistemática de notificação,
a. álise e preve. ção de i. cide. tes
⁽¹⁷⁾. Os dois últimos temas foram
abordados qua. do questio. ados es-
pecificamente sobre o assunto e os
dados a. alisados separadame. te ⁽²³⁾.
Áreas Prioritárias para a Segura. ça
do E. fermeiro

Os Riscos Biológicos como vírus,
fu. gos e bactérias que podem cau-
sar doe. ça ⁽²⁴⁾ foram identificados
como área prioritária, três e. fermei-
ros gestores a referiram: *"a i. feção
hospitalar também diz muito em
relação aos e. fermeiros, também
somos todos pessoas e também
precisamos de . os preve. ir e de
. os precaver sobre certas i. feções
e sobre certos riscos que corremos
(...)"* (E9).

Ci. co e. trevistados me. cio. aram a
Ergo. omia como foco prioritário de
ate. ção: *"A área prioritária é clara-
me. te a área da gestão de esforços.
A maior parte dos problemas que
temos pre. de-se com lombalgias
de esforço. Temos uma qua. tidade
gra. de de pessoas com problemas,
com limitações que são impostas
pela medici. a do trabalho, que
também a ergo. omia dos postos de
trabalho não é a melhor (...)"* (E8). A

categoria Ergo. omia tem subpace. te
o risco relacio. ado com trabalho,
com postura e atividade física resul-
ta. te da atividade laboral.

A Queda foi ape. as citada mas o
e. fermeiro gestor que em causa . ão
explicou em que se. tido represe. ta
um eleme. to prioritário . a segura. -
ça dos e. fermeiros.

A Violê. cia evidê. ciou-se . o dis-
curso de um participa. te que expôs
o problema *"das lesões por visitas e
por clie. tes, agressões verbais e físi-
cas e ameaças que leva a baixas do
foro psiquiátrico em que as pessoas
têm medo de vir trabalhar."* (E9). Esta
categoria demo. stra que os e. fer-
meiros gestores estão ate. tos a fato-
res que co. tribuem, . este caso, para
os riscos físicos e psicossociais dos
profissionais que possam ter origem
. a violê. cia . o local de trabalho.

Três e. fermeiros gestores i. dicaram
o Co. trolo de Visitas como esse. cial
para a segura. ça dos e. fermeiros,
. o co. texto de muda. ça de paradig-
ma que se vive atualme. te . o que se
refere à prese. ça de familiares . os
hospitais: *"as corre. tes que existem
é de que um hospital deve ser (...) o
mais aberto possível, pri. cipalme. -
te para os eleme. tos de tra. sferê. -
cia para e. volver os familiares . o
processo terapêutico do clie. te e
para integração mais eficaz no seio
familiar e na sociedade (...) o proble-
ma que . ós temos é que de facto as
pessoas, qua. do estão . o hospital,
só têm direitos, . ão têm obrigações,
e sabem tudo e o respeito pelos ou-
tros está de lado. É lógico que . ós aí
. ão estamos muito seguros"* (E11),
e acreditam que . este co. texto o
enfermeiro fica desprotegido quan-
do . ão há um co. trolo de visitas
efetivo, quer pelo risco físico, quer
pelo se. time. to de i. segura. ça
que co. tribui para aume. to do risco
psicossocial.

O Bur. out e. qua. to área prioritária
. a segura. ça dos e. fermeiros, foi
ape. as relatado por um e. fermeiro
gestor: *"Nos mome. tos críticos em
que a prestação de cuidados é difícil
por falta de co. dições e de recur-*

*sos huma. os, é uma i. satisfação e
frustração muito gra. de para o e. -
fermeiro . ão poder prestar cuidados
com a máxima qualidade mas fazer
aquilo que é prioritário e isso cria
frustração e dese. ca. to com a pró-
pria profissão. Mas temos de saber
dar a volta e (...) para não entrarmos
em burnout, (...)"* (E5). Este fe. óme. o
é co. siderado uma sí. drome ca-
racterística do meio laboral, que se
trata de um processo de resposta ao
stress ocupacio. al cró. ico com efei-
tos . egativos . as esferas i. dividual,
profissional, familiar e social ⁽²⁵⁾.
Co. tribui para a redução da produ-
tividade e qualidade do desempe. ho
profissional, o aumento do absen-
tismo, acide. tes laborais, para uma
imagem . egativa da i. stituição bem
como prejuízos financeiros ⁽²⁵⁾.

Num domí. io semelha. te, a Satisfa-
ção dos E. fermeiros foi co. siderada
prioritária: *"(...) porque se estiverem
satisfeitos, aume. ta a segura. ça
deles."* (E14). o e. ta. to ape. as foi
referida uma vez sem gra. de elabo-
ração sobre o assu. to.

Nas duas últimas categorias referi-
das, está prese. te o risco psicosso-
cial. Um e. fermeiro gestor, que tem
como foco de ate. ção a satisfação
dos e. fermeiros e a preve. ção do
bur. out, está a dar o primeiro passo
. a gestão deste risco.

A categoria de Acide. tes de Traba-
lho foi identificada como prioritária
para a segura. ça dos e. fermeiros
por dois e. fermeiros gestores: *"Re-
lativame. te aos e. fermeiros, uma
das áreas é a questão dos acide. tes
em serviço."* (E6), . o e. ta. to . ão se
alo. garam além disto. Acide. te de
trabalho é e. te. dido como: *"aquele
que se verifique no local e no tempo
de trabalho e produza directa ou
i. directame. te lesão corporal, per-
turbacão fu. cio. al ou doe. ça de que
resulte redução . a capacidade de
trabalho ou de ga. ho ou a morte"* ⁽²⁶⁾.
Os acide. tes de trabalho podem
originar doença profissional, que
é *"toda aquela que é produzida em
consequência do trabalho, (...) oca-
sio. e ao trabalhador uma i. capaci-*

dade para o exercício da sua profissão ou a morte.” (24).

Os riscos profissionais, materializados em acidentes de trabalho e doenças profissionais refletem-se em incapacidades, morbidades e absenteísmo. O absenteísmo pode ser definido como o somatório dos dias de ausência excluindo-se as faltas dos períodos de férias (27). É, muitas vezes, reflexo de ambientes de trabalho inadequados, de falta de condições de segurança, de condições de trabalho stressantes. Além disso, a falta de trabalhadores tem consequências para os restantes, pois aumenta o volume de trabalho individual, criando uma sobrecarga adicional em cada trabalhador que ainda está em atividade e, por consequência, aumenta o risco de acidentes de trabalho (28).

Assim, os acidentes de trabalho têm consequências no profissional em causa mas também para toda a organização, pelo que deve constituir um foco de intervenção prioritário para os gestores.

Outro exemplo de gestor referiu ainda as Pausas Laborais como prioritário: *“Devíamos ter mais espaços de convívio, ser obrigatório fazer pausas, era muito importante (...). O que eu acho também complicado é a prática do horário de 12h. Este texto (...) ninguém respeita a nossa hora de almoço (...) não temos horários.”* (E12). De acordo com o artigo 213 da lei nº 7/2009 de 12 de Fevereiro “O período de trabalho diário deve ser interrompido por um intervalo de descanso, de duração não inferior a uma hora, em superior a duas, de modo a que o trabalhador não preste mais de cinco horas de trabalho consecutivo, ou seis horas de trabalho consecutivo caso aquele período seja superior a 10 horas.” (29).

Num total de seis referências, as Dotações Seguras referiram mais concretamente os gestores face à segurança do trabalhador: *“Dotações seguras, acho que é prioritário porque não tem dotações seguras temos riscos que estão mais*

do que identificados e provado que tem consequências (...).” (E10).

Por fim, houve relato de preocupação prioritária com a Estrutura Física dos espaços onde os trabalhadores desenvolvem a sua atividade profissional: *“(...) condições de trabalho que engloba (...) a estrutura física dos serviços acho que são áreas importantes.”* (E10), outros enumeraram alguns problemas identificados: *“a ergonomia dos postos de trabalho não é a melhor (...).”* (E8).

A Comunicação foi referida como área prioritária para a segurança do trabalhador, mas não explícita pelos entrevistados de que modo. As áreas, identificadas como prioritárias para a segurança dos trabalhadores, além de estarem de acordo com os riscos profissionais descritos, também demonstraram atenção aos acidentes de trabalho associados, como são os riscos biológicos, quedas e ergonomia.

Importa sublinhar que os participantes valorizam a segurança do trabalhador embora nos seus discursos haja falta de referência ao absenteísmo e doença profissional. Ainda assim, demonstraram preocupação com a socialização dos efeitos negativos das más condições de trabalho à segurança dos trabalhadores e reconheceram que, naturalmente, a segurança dos trabalhadores se repercute na segurança dos clientes.

As categorias identificadas em áreas prioritárias dos clientes e dos trabalhadores tiveram cinco categorias em comum: Dotações seguras, Comunicação, Estrutura, Quedas e Comunicação. Demonstrou-se assim que, para os entrevistados, em segurança do cliente se sobrepõem à segurança do trabalhador, em vice-versa.

CONCLUSÕES

Conhecendo as áreas que os trabalhadores gestores consideram prioritárias para a segurança do cliente e profissionais, permitiu compreender

melhor a sua atuação. Foram identificadas onze áreas prioritárias para a segurança dos clientes que demonstraram preocupação sobre os efeitos adversos com maiores taxas de incidência e com as causas descritas como mais significativas para a ocorrência de efeitos adversos. Dos onze objetivos estratégicos do PNSD 2015-2020 sete estão incluídos nas categorias descritas (17). De fora ficaram a Cultura de Segurança do Ambiente, a Intervenção e a prática sistemática de Notificação, Análise e Prevenção de Incidências que foram abordadas em outro momento do estudo.

As áreas que emergiram como prioritárias à segurança do cliente traduzem-se em 12 categorias que comprovam a identificação dos riscos profissionais descritos bem como os acidentes de trabalho mais notificados.

Embora, os relatos dos participantes valorizem a segurança dos trabalhadores, não referiram as consequências do absenteísmo em a doença profissional. Contudo, demonstraram preocupação sobre as consequências de determinadas condições de trabalho à segurança dos trabalhadores.

Verificam-se cinco categorias identificadas em comum como prioritárias quer para a segurança dos clientes, quer para a segurança dos profissionais. Este fato sustenta o reconhecimento da influência da segurança dos trabalhadores à segurança dos clientes e vice-versa o que evidencia a relação entre a segurança de ambos.

Embora em alguns temas se evidencie a preocupação de discurso face à segurança do trabalhador, este fato poderá refletir a delegação de funções do departamento de saúde ocupacional, embora isto não tenha sido referido.

Em suma, constata-se que os colaboradores junto dos participantes em formações futuras devem para a perseguição de um caminho para alcançar a segurança dos serviços de saúde. ▀



Referências

1. Institute of Medicine. To Err is Human: Building a Safer Health System. Washington, D.C.: Institute Of medicine; 2000.
2. Schenk EC, Bryant RA, Van Son CR, Odom-Maryon T. Perspectives on Patient and Family Engagement With Reduction in Harm: The Forgotten Voice. *Journal of Nursing Care Quality* 2018;34(1):73-9.
3. World Health Organization. Patient Safety: Making health care safer. Genebra, Suíça: WHO; 2017.
4. Jha AK, Larizgoitia I, Audera-Lopez C, Prasopa-Plaizier N, Waters H, Bates DW. The global burden of unsafe medical care: analytic modelling of observational studies. *British Medical Journal Quality & Safety* 2013;22(10):809-15.
5. Institute for Patient and Family Centered Care. Advancing the practice of patient and family centered care in hospitals-How to Get Started. Bethesda, Maryland, Estados Unidos da América: Institute for Patient- and Family-Centered Care 2017 Janeiro. 22 p.
6. National Patient Safety Foundation. Free from Harm: Accelerating Patient Safety Improvement - Fifteen Years after To Err Is Human. Report of an Expert Panel Convened. Boston, Estados Unidos da América: National Patient Safety Foundation; 2015.
7. Slawomirski L, Auraaen A, Klazinga N. The economics of patient safety: Strengthening a value-based approach to reducing patient harm at national level. Paris, França: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2017 Março.
8. Wong CA, Cummings GG. The relationship between nursing leadership and patient outcomes: a systematic review *Journal of Nursing Management*. 2007;15:508-21.
9. Agnew C, Flin R. Senior charge nurses' leadership behaviours in relation to hospital ward safety: a mixed method study. *International Journal of Nursing* 2014;51(5):768-80.
10. Farokhzadian J, Dehghan Nayeri N, Borhani F. Assessment of Clinical Risk Management System in Hospitals: An Approach for Quality Improvement. *Global Journal of Health Science*. 2015;7(5):294-303.
11. Flin R. Leadership for safety: industrial experience. *Quality and Safety in Health Care*. 2004;13(suppl_2):ii45-ii51.
12. DGS. Norma 026/2013: Programa de Saúde Ocupacional: 2º ciclo 2013/2017. Lisboa: DGS; 2013.
13. DGS. Norma 008/2014: Organização e funcionamento do Serviço de Saúde Ocupacional/Saúde e Segurança do Trabalho dos Centros Hospitalares/Hospitais. Lisboa: DGS; 2014.
14. Fortin M-F. Fundamentos e Etapas no Processo de Investigação. Loures 2009. 618 p.
15. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2000.
16. World Health Organization. Patient Safety Solutions: communication during Patient Hand-overs. Suíça; 2007.
17. Ministério da Saúde. Diário da República, 2.ª série — N.º 28: Plano Nacional de Segurança dos Doentes 2015-2020. Ministério da Saúde; 2015. p. 3882 (2-10).
18. OMS. Linhas de orientação para a segurança cirúrgica da OMS: 2009 Cirurgia Segura Salva Vidas. In: Saúde D-Gd, editor. Lisboa 2009.
19. World Alliance For Patient Safety. Summary of the evidence on patient safety: implications for research. Genebra, Suíça: World Health Organization; 2008.
20. Ordem dos Enfermeiros. Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Conceptual Enunciados Descritivos. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros; 2001.
21. Direção Geral da Saúde. Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente. Lisboa: DGS; 2011.
22. Governo da República Portuguesa. Lei N.º 15/2014: Lei consolidando a legislação em matéria de direitos e deveres do utente dos serviços de saúde. . In: República Ad, editor. Lisboa: Diário da República (21-03-2014); 2014. p. 2127 - 31.
23. Donabedian A. An Introduction to Quality Assurance in Health Care. Oxford University Press; 2003.
24. Correia T, Martins M, Forte E. Processos desenvolvidos por gestores de enfermagem face ao erro. *Revista de Enfermagem Referência*. 2017;IV Série(12):75-84.
25. Ministério da Saúde, Administração Regional da Saúde de Lisboa e Vale do Tejo. Gestão dos riscos profissionais em estabelecimentos de saúde. Lisboa, Departamento de Saúde Pública; 2013.
26. Benevides-Pereira A. O Estado da Arte do Burnout no Brasil. *Revista Eletrônica InterAção Psy*. 2003;4:11.
27. Governo da República Portuguesa. LEI N.º 98/2009 In: (04-09-2009) AdR, editor. Lisboa: Diário da República; 2009. p. 5894-920.
28. Administração Central do Sistema de Saúde. Balanço Social Global do Ministério da Saúde e SNS - 2014. Lisboa: ACSS; 2015.
29. Laus AM, Anselmi ML. Ausência dos trabalhadores de enfermagem em um hospital escola. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*. 2008;42:681-9.
30. Governo da República Portuguesa. Lei N.º 7/2009: revisão do Código do Trabalho. In: República Ad, editor. Lisboa: Diário da República (12-02-2009); 2009. p. 926-1029.



Intent-Care Project

www.esenf.pt/intent-care

DEVELOPMENT OF AN EDUCATIONAL TECHNOLOGICAL TOOL FOR CARERS OF DEPENDENT PEOPLE

Our aim

The Intent-Care project aims to develop and validate an interactive tool that provides information tailored to the needs of family carers of dependent patients, in such a way that it complements orientation received and promotes carer autonomy.

Our goal is to develop a trusted and user-friendly site. The major innovative element will be the platform's conception – the platform's interactivity with the users' needs will help their decision-making processes, and allow family carers to decide which information and learning is more important to them. Contents will be built focusing on the basic needs of a carers' daily life, thus assisting carers in overcoming problems and difficulties encountered when caring for a dependent person, regardless the medical diagnostic situation.

Partners

- Escola Superior de Enfermagem do Porto, Portugal
- CINTESIS - Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde
- Universidade de São Paulo, Brazil
- Centro Hospitalar do Porto, Portugal

Description

INTENT-Care will be supported by videos demonstrating the procedures and audio documents.

The videos address the most frequent types of care provided by family carers, in an attempt to meet the needs of the dependent persons' carers. The actors in the videos are family carers who already provide care for dependent persons. This interactive platform is being translated into other European languages.

Project leader

Maria José Lumini RN, PhD. lumini@esenf.pt